



בקשה לבדיקה רפואית לשם הסמכה כעגורנאי ו/או אתת הבדיקה תבוצע ע"י רופא תעסוקתי בלבד.

לכבוד

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים / זרוע העבודה / מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית
רח' בנק ישראל 5, קריית הממשלה, ירושלים ת.ד. 39255, מיקוד 9139102
פקס: 02-6662973 דוא"ל: Cranes@economy.gov.il

אני הח"מ מבקש לבדוק אותי לשם קבלת תעודה רפואית בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים), התשנ"ג-1992, לצורך הסמכתי כעגורנאי מסוג _____ ו/או אתת.

שם: _____	מס' זהות: _____	תאריך לידה: _____
כתובת מגורים: _____	מיקוד: _____	
טלפון: _____	טלפון נייד: _____	

ויתור על סודיות רפואית

אני מתחייב בזה למסור לכל רופא תעסוקתי ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הרפואי הבודק אותי כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כעגורנאי ו/או אתת, בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים), התשנ"ג-1992, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה ועל כל מום שחליתי או נפגעתי בהם בעבר ושאני חולה בהם היום, מבלי להעלים דבר. אני מוותר בזה על הסודיות הרפואית לגבי כל מחלה או מום שחליתי בהם בעבר או שהנני חולה בהם בהווה, לרבות כל נתון רפואי המתייחס אלי. הנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל ולמוסד עצמו לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום כלשהם. ידוע לי שקבלת האינפורמציה על כל מחלה או מום יכולה להיעשות אל מול כל מוסד רפואי שהוא ועובדיו, לרבות קופות חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או מוסדות רפואיים פרטיים או המוסד לביטוח לאומי או כולם יחד (להלן מוסרי המידע). הנני מסכים שרופא או עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל והמוסד עצמו ימסרו למינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית ידיעות מלאות על מצב בריאותי ועל כשרי לעסוק בעבודה כעגורנאי או כאתת, ולא תהיינה לי אל המוסד הבודק אותי או אל רופאיו ועובדיו האחרים וכן אל מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית ועובדיו, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לכך.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש

- הנני להודיעך שבדקתי בתאריך: _____ את העובד שפרטיו מעלה ומצאתי אותו כמתאים / כבלתי מתאים (*) לעבוד כ עגורנאי / אתת (*) (* מחק את המיותר)
- על העובד הנ"ל להופיע לבדיקה רפואית חוזרת לא יאוחר מתאריך / כנדרש בתקנות (*) _____
- תנאים רפואיים מגבילים לרישוי: _____

על הרופא הבודק למלא את הפרטים הבאים במלואם:

שם הרופא המורשה _____ מס' רישיון הרופא _____ חתימת הרופא וחותמת _____ שם המוסד הרפואי _____